FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890 — **THÈSE** N° 

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 24 juillet 1890, à 1 heure*

Par Madame Mathilde POKITONOFF

Née à Varsovie, le 14 mars 1858

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COMPLICATIONS OCULAIRES DE L'INFLUENZA

*Président :* M. PANAS, *professeur.*

*Juges :* MM. { TARNIER, *professeur.* BRUN, POIRIER, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1890

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. BROUARDEL. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | FARABEUF |
| Physiologie | CH. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BAILLON. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | DIEULAFOY<br>DEBOVE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | N |
| Pharmacologie | REGNAULD. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAYEM. |
| Hygiène | PROUST. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LABOULBÈNE |
| Pathologie comparée et expérimentale | STRAUSS. |
| Clinique médicale | G. SÉE.<br>POTAIN<br>JACCOUD.<br>PETER. |
| Maladie des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | BALL. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | FOURNIER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | CHARCOT. |
| Clinique chirurgicale | VERNEUIL.<br>LE FORT.<br>DUPLAY. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | N.<br>GUYON. |
| Clinique ophthalmologique | PANAS. |
| Cliniques d'accouchements | TARNIER.<br>PINARD. |

**Professeurs honoraires.**

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

**Agrégés en exercice**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. BALLET | MM. FAUCONNIER | MM. NÉLATON | MM. RIBEMONT-DESSAIGNES |
| BAR | GILBERT | NETTER | RICARD |
| BLANCHARD | GLEY | POIRIER, chef des travaux anatomiques | ROBIN (Albert) |
| BRISSAUD | HANDT | POUCHET | SCHWARTZ |
| BRUN | HUTINEL | QUENU | SEGOND |
| CAMPENON | JALAGUIER | QUINQUAUD | TUFFIER |
| CHANTEMESSE | KIRMISSON | RETTERER | VILLEJEAN |
| CHAUFFARD | LETULLE | REYNIER | WEISS |
| DEJERINE | MARIE | | |
| | MAYGRIER | | |

*Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PANAS

Professeur à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

# *DES COMPLICATIONS OCULAIRES*

# DE L'INFLUENZA

## AVANT-PROPOS

Arrivée au terme de nos études, un devoir bien cher s'impose à nous, avant d'aborder notre sujet, celui de remercier tous ceux qui par leurs conseils ont contribué à faciliter notre tâche. Leur concours nous a été d'autant plus utile que l'idée de ce sujet de thèse nous est venue un peu tard, lorsque l'épidémie était déjà terminée. Aussi devons-nous demander pardon à nos juges de leur présenter un travail beaucoup moins complet que nous ne l'aurions souhaité. Le temps ne nous a pas permis d'avoir les observations d'Amérique et de Russie que nous aurions voulu joindre à celles que nous avons réunies.

Tout d'abord, nous devons tous nos remerciements à M. le professeur Panas, qui a bien voulu nous faire le grand bonneur d'accepter la présidence de notre thèse;

A M. le D[r] Delacroix de Reims qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et qui nous a guidée de ses précieux conseils ;

A M. le Dr Landolt, qui a graciensement mis à notre disposition sa bibliothèque ophthalmologique si savamment composée ;

Enfin à MM. les Drs Delacroix, Galezowski, Landolt et Vignes, pour les observations si intéressantes qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous tracerons, pour plus de clarté, le plan que nous nous sommes proposé de suivre. Nous parlerons brièvement de l'incertitude qui règne sur la nature de l'*influenza*, de son caractère épidémique, de son point de départ, de sa marche et de ses allures. Nous passerons rapidement sur ses complications générales, et nous insisterons de préférence sur celles qui ont frappé l'organe de la vision.

Nous avons tenu à conserver le nom d'*influenza*, parce que celui de *grippe* nous paraît entraîner l'idée d'affection des premières voies respiratoires, manifestation qui a souvent manqué. D'autre part, « influenza » en italien sert à désigner quelque chose venant on ne sait d'où ni comment : c'est le cas de la dernière épidémie. Enfin c'est un terme plus compréhensif qui convient bien à cette maladie aux manifestations si variées.

# INTRODUCTION

Nous ne croyons pas utile de refaire l'historique de l'influenza, qui pendant les siècles précédents a sévi au moins cent ou cent cinquante fois ; d'autant plus que le *Dictionnaire* en trente volumes nous donne le résumé de ces épidémies jusqu'en 1837. Hirsch de Berlin nous le donne également. L'historique le plus complet de la période postérieure a été fait par M. le Dr Ménétrier dans sa thèse de 1886 intitulée : « *Grippe et pneumonie* ». D'après leurs symptômes, les épidémies de 1833, 1837, 1847, 1858, 1860, 1870 et 1886 sont toutes semblables à celle que nous venons de traverser ; mais cette dernière a pris des proportions beaucoup plus considérables. Elle a été d'une violence extrême, et par ses complications elle a causé une mortalité supérieure à celle des précédentes. Déjà dans les rangs de nos maîtres combien de pertes irréparables à déplorer !

D'après les statistiques de M. le Dr Bertillon, chef de la statistique municipale, nous trouvons pour le mois de décembre passé 2185 décès de plus que pour décembre 1888. Cet excédent est dû aux maladies respiratoires chroniques aggravées par l'influenza. Il est encore plus considérable pour le mois de janvier 1890. Mais ce que la statistique ne dit pas, c'est le nombre de ceux dont la convalescence a été si longue qu'ils ne semblaient pas pouvoir s'en remettre.

Si nous remontons maintenant à l'origine de cette mala-

die, qui pendant un mois et demi a préoccupé tous les esprits, et provoqué même des troubles universitaires à Naples par la panique qu'elle a causée, il faut avouer qu'il règne sur ce sujet une obscurité presque complète.

A la séance de l'Académie de médecine du 17 décembre 1889, M. Ollivier était seul à douter de sa nature bénigne. Dans les conclusions, on avait complétement écarté toute ressemblance avec la dengue, si bien qu'on s'était prononcé contre toute mesure de prophylaxie, contre l'isolement et même contre la désinfection, pour ne pas produire de troubles commerciaux et financiers. Des cas malheureusement très graves vinrent bientôt modifier cet optimisme, et alors seulement, il devint évident que nous avions affaire à une maladie dont le caractère n'était pas si bénin qu'on l'avait cru de prime-abord.

Sans vouloir établir un rapport direct entre l'épidémie actuelle et la dengue, il faut cependant constater que la seconde a régné à Beyrouth l'année dernière (Rapport du Dr de Brun à l'Académie de médecine). Entre mai et août, on signalait à Bokhara une épidémie présentant la symptomatologie de l'épidémie actuelle (Dr Heyfelder), sauf la grande fréquence des éruptions et l'absence des manifestations catarrhales. Ces différences, toujours d'après notre confrère, tiendraient exclusivement aux conditions climatériques du pays. C'étaient des éruptions brusques identiques aux urticaires, qui survenaient pendant la période fébrile.

Le 17 octobre 1889, on signalait à Tomsk, en Sibérie, le premier cas de cette maladie. Le 13 novembre, c'était à Viatka. Déjà au mois d'octobre, il y avait eu quelques cas isolés à Saint-Pétersbourg ; mais ce n'est qu'au mois de novem-

bre que l'épidémie éclate avec violence dans cette ville, où elle frappe plus d'un tiers de la population.

D'où venait-elle en premier lieu? On est allé jusqu'à incriminer les émanations de la vase, après les inondations en Chine (Times). Je le cite à titre de curiosité. Est-elle née sur place spontanément, ou bien doit-on l'attribuer à des circonstances météréologiques ou telluriques? En ce moment, il nous est impossible de répondre à toutes ces questions.

Sa marche était très rapide (elle a fait le tour du monde en six mois. Dr Frank « *The Lancet* » du 5 avril); elle frappait un trop grand nombre de personnes à la fois, pour qu'on puisse dire qu'elle suivait les courants humains. « Une maladie contagieuse ne saurait frapper en une seule nuit cinquante mille personnes, comme cela a eu lieu pour la grippe dans l'épidémie de janvier 1838 », disait M. le professeur Bouchard à la séance de l'Académie de médecine le 17 décembre. On peut en dire autant de l'épidémie actuelle.

D'autre part, sa nosographie, bien qu'elle laisse encore beaucoup de points dans l'ombre, a nettement établi que le contage joue ici un grand rôle. Aussi l'avons-nous vue se propager à tous les membres d'une famille après que l'un deux eu avait été frappé. Bien plus, le caractère de sa marche nous prouve qu'elle n'a pas pu être importée: elle sévissait en même temps à Moscou, à Odessa, à Alexandrie et à Paris. L'accroissement des relations commerciales n'a pas eu d'influence sur son développement: on l'a vue là où les relations sont presque nulles, par exemple dans les montagnes de la Suisse. On l'a vue frapper en pleine mer presque tout l'é-

quipage d'un navire qui n'avait pas touché à terre depuis longtemps. Or les observations nous ont démontré que sa période d'incubation (s'il y en a une) est très courte. De là, nous pouvons conclure que la nature de sa transmissibilité est peu connue et son origine encore moins.

En Europe, la Russie paraît avoir été le foyer initial de l'épidémie ; mais ensuite, il devient très difficile de la suivre pas à pas. Après avoir été signalée à Saint-Pétersbourg, elle suit la direction du nord-est au sud-ouest. Les observations prises tous les jours sur la direction des vents pendant ces deux mois nous montrent qu'il n'y a eu aucun rapport entre cette direction et la marche envahissante de la maladie. La direction des vents changeait continuellement, et ils ont soufflé surtout du sud-ouest ou nord-est, c'est-à-dire en sens inverse. La seule chose qui ait quelque importance au point de vue météorologique, c'est que la température moyenne de ces deux mois a été supérieure à celle des périodes correspondantes pendant les années précédentes. Serait-ce assez pour incriminer l'influence météorologique?

Des recherches fort nombreuses ont été entreprises pour déterminer la cause pathogène de cette maladie. Mais les bactériologistes ne s'entendent pas encore sur l'agent auquel il faut l'attribuer. En parcourant la littérature, nous avons trouvé beaucoup d'articles où des auteurs distingués des diverses écoles rivalisent en polémique de laboratoire à laboratoire, en recherches multiples pour le déterminer. Malheureusement ces travaux sont restés à peu près stériles. Chacun de ces savants a trouvé un microbe différent, ou même plusieurs à la fois.

Ainsi notre maître, M. le professeur Bouchard, a constaté la

présence de trois microbes pathogènes : « A chacun d'eux correspondent des localisations particulières, et tous les trois sont des hôtes habituels de nos cavités naturelles. Sous l'influence des causes de cette maladie, ils ont dû franchir les barrières, qui d'ordinaire les empêchaient de pénétrer dans nos tissus et dans le sang. » 1° Dans le liquide de l'herpès labial, il trouve le staphylococcus pyogenes aureus; 2° il trouve le pneumocoque agent pathogène des pneumonies vulgaires; 3° enfin le streptocoque dans le mucus bronchique, qu'il a déterminé par ses caractères de forme et de culture. Il l'a ensuite injecté dans le tissu cellulaire de l'oreille du lapin, et a provoqué un érysipèle des plus nets.

MM. Vaillard et Vincent nous citent six cas d'influenza suivis de morts, dans lesquels le streptocoque a été trouvé seul, dans le sang, dans la rate et dans le poumon Dans les liquides épanchés, il était toujours présent, mais souvent associé au pyogenes aureus.

M. Netter a trouvé plus souvent le pneumocoque comme cause des complications de l'influenza.

Fraser, à Londres, a trouvé des microorganismes ressemblant beaucoup au pneumocoque de Friedlander. Ils étaient groupés deux par deux dans une capsule commune. Ils ont été trouvés également par Jolles et Weichselbaum à Vienne.

Les savants allemands (Ribbert, Kœster, Finckler etc., etc.) tendent à donner la préférence au streptocoque. Finckler semble même enclin à le considérer comme le microbe de l'influenza.

Kirchner et Seifert croient cependant avoir trouvé un diplococcus spécial dans les crachats et dans l'urine. D'après Kirchner, ce diplococcus spécial ne ressemble pas au pneu-

mocoque, parce qu'il est plus petit et plus arrondi. Il ne ressemble pas non plus au streptocoque, parce qu'il est encapsulé et non en chaînettes, et ne pousse pas dans les milieux de culture ordinaire. Il lui faut une température de 36°. D'aprés Seifert, ce diplococcus ne serait par pourvu de capsule, ce qui du reste peut être attribué au faible grossissement de 350 et à l'emploi de l'aniline qui a pu lui masquer la capsule.

Contrairement aux autres observateurs, Klebs de Zurich croit avoir trouvé dans le sang des *influenzés* une monade flagellée, identique à celle qu'on trouve dans l'anémie pernicieuse; mais il n'a pas fait d'inoculations positives, et la preuve de la spécificité de cette monade reste à faire.

Nous ne croyons pas utile de citer d'autres recherches très nombreuses parues dans toutes les langues. Le nombre des microorganismes trouvés nous démontre assez qu'aucun d'eux ne peut être spécial à l'influenza. On a bien observé le streptocoque plus souvent que les autres; mais cette fréquence ne prouve encore rien, puisqu'on le trouve dans d'autres maladies, et qu'il séjourne habituellement dans les salles d'hôpital sans provoquer de cas sporadiques d'influenza.

Même en admettant que ce soit le streptocoque (comme on est porté à le croire), il faudrait encore trouver les causes et les conditions qui modifient sa virulence, et qui le mettent en état de produire des ptomaïnes différentes.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que l'agent spécial de l'influenza n'est pas encore découvert, et il nous est permis de nous demander si c'est un microcoque ou une bactéridie, et enfin, s'il faut attribuer un rôle quelconque à l'influence météorologique.

Toutes ces questions restent sans réponse. La variété des opinions sur ce sujet nous le démontre surabondamment.

Le caractère infectieux de l'influenza ne fait cependant plus de doute pour la plupart des cliniciens, et l'on a vu des personnes qui pour d'autres affections prenaient du salol, du naphtol ou d'autres antiseptiques, être réfractaires à la maladie ou n'en être frappées que très légèrement.

Un fait qui, au point de vue pratique, domine toute cette question, c'est qu'à la faveur de la dyscrasie épidémique, le malade devient un terrain favorable pour toutes les infections ambiantes. Les germes infectieux s'y développent avec une extrême facilité, les tissus et appareils affaiblis par quelque affection antérieure deviennent de préférence le siège des complications, et voilà le *locus minoris resistentiæ* des anciens.

Voilà l'origine de tant de formes différentes, de tant de manifestations multiples de cette maladie. Nous la voyons frapper successivement tous les organes, selon leur état et selon l'idiosyncrasie du sujet.

Voilà l'origine des pneumonies infectieuses, des pleurésies purulentes, des otites, des affections du système nerveux, etc., etc., qu'on a constatées si souvent cet hiver.

Nous ne pouvons pas entrer dans l'étude détaillée de la symptomatologie de l'influenza et de toutes ses complications. Ce travail a été fait et refait avec succès par beaucoup de nos collègues, dans des thèses sur la grippe, soutenues récemment devant la Faculté. Nous voulons insister cependant sur un point caractéristique de l'influenza. C'est que ses complications ont été constatées sur tous les points de l'organisme, qu'elles ont affecté tous les tissus, tous les appareils, sans en excepter celui de la vision.

Nous avons dit plus haut que les organes qui présentaient moins de résistance ont été frappés de préférence ; nous en trouverons une nouvelle preuve dans l'étude détaillée des manifestations oculaires.

L'ophthalmologie n'est qu'en apparence une science spéciale, puisque tous les tissus ou à peu près ont des représentants dans les organes centraux ou périphériques de la vision et dans leurs annexes, et s'y comportent pathologiquement comme leurs congénères. Il faut donc admettre que l'œil ne devait pas rester indemne ; il fallait prévoir que l'ophthalmologie aurait à compter, elle ausi, avec l'influenza et ses manifestations multiples et variées, comme il arrive dans les autres états infectieux connus. Dans l'influenza comme dans la diphtérie, la syphilis, la lèpre, les fièvres paludéennes, etc., on devait s'attendre à observer des manifestations secondaires dans les diverses parties composant les organes visuels et leurs assessoires.

Déjà Horner, avec son esprit observateur, avait remarqué la coïncidence des kératites herpétiques avec les fièvres récurrentes et avec la pneumonie, et depuis la science a marché en avant. Il n'y a rien d'étonnant à ce que nous ayons des observations nombreuses sur les complications oculaires de cette dernière épidémie. Quelques-unes sont même très démonstratives à cet égard puisqu'elles viennent nous confirmer, s'il en est besoin, son caractère infectieux.

La presse française et étrangère n'ont pas pu passer sous silence une statistique déjà si riche en faits, et d'autant plus intéressante que la matière paraissait neuve, et que pendant les autres épidémies on ne s'était pas occupé de ces complications oculaires. Même au commencement de cette épidé-

mie, il y a eu des cas qui ont échappé à l'ophthalmologiste : leur rareté d'une part empêchait de les attribuer à l'influenza ; d'autre part, les lésions des autres organes prédominant, les malades se faisaient soigner tant bien que mal chez eux, et l'on s'adressait malheureusement fort tard à l'ophthalmologiste.

Bezly-Thorne (*The Lancet* du 4 janvier) a été l'un des premiers à signaler les manifestations oculaires comme presque constantes au cours de l'influenza, et cela dès la période d'invasion.

Le Dr Sisley a trouvé chez presque tous ses malades, dès le premier jour de la maladie, de la rougeur des conjonctives, de la douleur et très souvent du larmoiement.

Le professeur Leube à Wurzbourg faisait même très souvent le diagnostic d'influenza, d'après l'aspect des yeux. Il le trouvait tout à fait particulier à cette infection. D'après lui, les yeux de ses malades avaient un brillant humide ; leur conjonctive était injectée et douloureuse. De plus, les malades se plaignaient de douleurs dans le fond de l'œil, douleurs qui s'exaspéraient surtout pendant le mouvement.

Beaucoup d'ophthalmologistes en France ont aussi signalé ces lésions comme complications de l'influenza. Parmi eux, nous citerons MM. Galezowski, Landolt et Vignes à Paris, Badal à Bordeaux, et Delacroix à Reims.

Dans les autres pays, les noms se présentent en foule ; ce sont Bergmeister, Hirschberger, Fuchs, etc., pour l'Allemagne ; Gradenigo, Denti, Rumpoldi, pour l'Italie, Hosch pour la Suisse, etc. Nous voyons presque dans chaque numéro des journaux d'ophthalmologie allemands, italiens, suisses, un nombre si considérable de cas attribués aux suites de

l'influenza qu'il devient vraiment difficile de s'y orienter. C'était comme une lutte ardente à qui produirait le plus de cas possible. Et comme dans chaque lutte il y a toujours deux camps, il ne manquait pas non plus d'adversaires. Ainsi Warlomont dit dans ses Annales que l'influenza a pour ainsi dire chassé les malades de sa clinique.

Wicherkieviez à Posen (Prusse) dit avoir vu ses confrères attribuer à l'influenza un grand nombre de cas, qui en dehors de cette épidémie seraient restés sans étiquette.

Enfin notre maître, M. le professeur Panas, dit avoir observé très peu de cas qui puissent être attribués à l'influenza et pas une seule de ces formes spéciales signalées par les autres auteurs.

Et en vérité, n'y avait-il pas auparavant des cas de conjonctivites, de kératites, d'iritis même, dont l'origine nous échappait ? L'influenza est venu faciliter la besogne : tous les cas qui n'avaient pas d'origine évidente étaient classés sous cette rubrique.

En résumé, malgré la fréquence des cas observés au cours de l'influenza, leur caractère spécifique est encore contesté. Aussi ne chercherons-nous pas à l'établir ; nous nous contenterons de décrire fidèlement, telles qu'on les a observées, les manifestations oculaires de l'épidémie actuelle. Nous voulons tâcher de rassembler quelques observations trouvées dans les cliniques, dans les journaux, plus souvent dues à l'obligeance de nos maîtres ; de les classer et d'interpréter les plus significatives, sans cependant nous aventurer dans le domaine des hypothèses hasardeuses.

D'après les observateurs toutes les parties de l'œil ont été atteintes ; le système nerveux périphérique et central, les

muscles extrinsèques, la rétioe, le système vasculo-musculaire (iris, choroïde, muscle ciliaire), le tissu cellnlaire ambiant (panpières, tissu cellulo-graisseux de l'orhite), les voies lacrymales, les conjonctives, et enfin la cornée.

Si l'on admet qu'il s'agisse d'une infection, elle pouvait se faire par deux voies différentes : 1° elle pouvait, venant de l'extérieur, envahir la conjonctive et consécutivement les autres parties de l'œil ; 2° elle pouvait se présenter comme manifestation locale d'un état général infectieux. C'était alors le sang qui servait de véhicule.

En effet, les deux modes d'invasion ont été observés. On a vu des conjonctivo-rhynites produisant certaine formes de kératites ; mais on a vu aussi des kératites sans altération primitive de l'épithélium extérienr. Il en a été de même pour toutes les autres affections des parties contenues daos le globe oculaire, dans l'orbite, ponr le nerf optique, ainsi qne pour les abcès des sinus frontaux et des paupières, pour les ténonites snppurées ou non suppurées.

Les Anglais sont presque unanimes à attribuer ces complications an commencement de la maladie, et ils les ont vues dans toutes ses formes ; tandis que les Allemands les ont observées pluiôt à la fin et le plus souvent dans les formes nerveuses.

Le fait est que les formes les plus graves ont été remarquées à une période avancée de la maladie, ou même dans la convalescence.

Nous abordons la qnestion par celles des complications qui ont été observées le plus souvent.

## CHAPITRE PREMIER

### RHYNITES ET CONJONCTIVO-RHYNITES.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la conjonctive ait été atteinte si fréquemment, étant données la continuité des muqueuses oculaires et nasales et la propagation facile d'une inflammation de la pituitaire à la conjonctive. Bezly-Thorne va même jusqu'à considérer la conjonctive comme la porte d'entrée du virus. A l'appui de cette manière de voir, il cite deux observations, dans lesquelles des lavages antiseptiques de la conjonctive pratiqués de bonne heure, ont rendu, dit-il, manifestations générales de la maladie extrêmement bénignes.

Les conjonctivites ne se bornaient pas seulement à une injection de la muqueuse, comme il arrive ordinairement dans le coryza simple; il y avait des cas plus graves qui survenaient plutôt dans la période de convalescence. Elles affectaient à la fois la conjonctive bullaire et palpébrale. L'injection du globe oculaire était plus prononcée que dans les conjonctivites simples.

Sur les paupières on trouvait les follicules gonflés: ce qui leur donnait un aspect velouté. Beaucoup de ces cas accompagnaient de photophobie, de larmoiement et quelquefois même d'un écoulement muco-purulent. Très souvent ces lésions étaient accompagnées d'œdème des paupières. Elles duraient de huit à quinze jours. Mais quand elles revêtaient

la forme sclérale, leur marche devenait lente, elles résistaient à toute espèce de traitement.

Ces lésions de l'œil, quoique fréquentes, ne présentaient par elles-mêmes rien de grave et n'accusaient pas une variété spéciale. Cependant, il y avait un point particulier qui les distinguait dans une certaine mesure des conjonctivites ordinaires, c'étaient des névralgies très violentes qui les accompagnaient presque toujours, et une asthénopie qu'elles laissaient après elles. Ces névralgies revêtaient souvent la forme d'hémicrânie, et s'étendaient à toutes les branches de la cinquième paire. Elles avaient le caractère périodique, frappaient à tour de rôle, l'oreille, la tempe, le cuir chevelu et les dents, et s'exaspéraient vers le soir. Elles apparaissaient chez des personnes, qui avant l'influenza, n'en avaient jamais souffert.

Wipham, à Londres a remarqué ces névralgies, chez presque tous ses malades, et pour lui, elles avaient un caractère spécial; le malade se plaignait d'avoir une sensation de brûlure dans l'œil, et comme un fardeau qui exerçait une pression sur le fond de l'œil d'arrière en avant (*The Lancet* du 22 février 1890). Dans ces cas la sensibilité était très augmentée, et cette hypéresthésie persistait longtemps après que tous les autres symptômes de l'influenza avaient disparu.

Wicherkieviez à Posen a vu des cas de névralgies du trijumeau, qui résistaient à tous les moyens employés ordinairement (quinine, antipyrine, phénacétine). Les injections d'antipyrine les calmaient, mais pour peu de temps. Ces névralgies occupaient les nerfs sus et sous-orbitaires et restaient presque toujours unilatérales. Chez une dame cependant qui avait eu l'influenza avec une fièvre de 40°, accompagnée de

symptômes nerveux, la névralgie occupait toute la cinquième paire, et elle dura de la veille de Noël jusqu'au 1er février. Elle se plaignait en même temps de faiblesse de la vue et de troubles de l'accommodation.

Le Dr Baenziger, en Suisse, n'a pas vu d'autres troubles oculaires pendant l'influenza que des névralgies ciliaires accompagnées de photophobie.

Le professeur Krönlein cite aussi un cas de névralgie ciliaire.

M. le Dr Parent de Paris a eu lui-même l'influenza sous forme de migraine ophtalmique accompagnée de troubles gastro-intestinaux.

En résumé, on peut dire que ces névralgies différaient des autres par leur ténacité, et résistaient à tout traitement, excepté à l'antypirine, qui les soulageait quelquefois.

Quant au traitement des conjonctivites en général, nous en parlerons brièvement, puisqu'il n'a présenté rien de spécial. Les conjonctivites sans complications cédaient très bien aux simples mesures d'antisepsie, quand on avait soin de combattre en même temps l'infection générale. Dans ces cas, M. le Dr Galezowski a obtenu de très beaux résultats dans sa clinique en donnant à ses malades de 0,50 à 0,80 centigrammes de bromhydrate de quinine par jour. On en prolongeait l'usage pendant deux semaines pour prévenir les récidives.

Nous ne citerons pas d'observations de conjonctivites, parce qu'elles n'ont rien présenté de spécial et nous passons à une autre complication beaucoup plus grave, à laquelle les conjonctivites avaient souvent ouvert la porte.

## CHAPITRE II

### KÉRATITES.

Sur ce genre de complications il y a un nombre très considérable d'observations. On les a vues pendant toutes les périodes de cette épidémie ; mais surtout pendant la convalescence.

« La kératite infectieuse, et notamment la forme serpigineuse de cette kératite rebelle, opiniâtre, mais sans grande tendance à la production d'hypopyons ou d'ulcères perforants », telle est la forme que M. le Dr Delacroix a constatée le plus souvent chez les convalescents de l'influenza. De plus, il démontre par une statistique très soignée que pour la période du 13 janvier au 1er février il y a eu à peu près deux fois plus de kératites pendant ces dix-huit jours, en 1890, que les années précédentes. Ce chiffre semble déjà marquer d'un façon bien évidente des influences nosocomiales spéciales.

Nous citons maintenant ses observations qui rentrent pour la plupart dans la variété anatomique indiquée.

## OBSERVATION I

*Kératite centrale sans vaisseaux, mal délimitée.*

M^lle J. T..., 20 ans, de H. (Ardennes), après quelques jours de courbature et d'indisposition, prise pour un refroidissement, est atteinte à la fin de décembre de kératite avec photophobie et larmoiement.

Vue le 11 janvier. C'était le premier cas. Cette kératite semble siéger dans les couches profondes de l'épithélium. Les couches superficielles de cet épithélium sont intactes en regard de l'altération sous-jacente. Ni hypopyon, ni iritis. Pas de tare héréditaire ou acquise : pas de cause occasionnelle appréciable. Quelques ressemblances avec la kératite à *frigore* des chauffeurs et des facteurs postaux montés sur les trains.

Reçu le 1er février des nouvelles de cette malade, dont la guérison marche lentement.

## OBSERVATION II

*Kératite ulcéreuse superficielle de l'œil gauche.*

Marie G..., 19 ans, ouvrière en robes, se présente le 20 janvier ; a été souffrante en même temps que des voisins

et des membres de sa famille jusqu'au premier jour de janvier. C'était une kératite exulcéreuse superficielle à bords déchiquetés sans tendance à creuser et à perforer la cornée ; mais dont la cicatrisation (avec ou sans vaisseaux) exige, quoi qu'on fasse, un temps très long. Cette kératite est une récidive. La première atteinte remonte à six ans. Malade un peu stromeuse.

## OBSERVATION III

*Kératite infectieuse de l'œil gauche.*

M. H..., 39 ans, maréchal, homme fortement musclé, mais bouffi, pâle et d'aspect peu résistant (analyse d'urine négative), est pris d'influenza (diagnostiquée par le médecin) à la fin de décembre, avec coryza, tournant vite à la rhynite ; se présente le 22 janvier. La lésion a ici un aspect très singulier et rare. Elle est constituée par une série de ponctuations blanc-grisâtre, formant autour du centre cornéen un cercle parfait de quatre millimètres de diamètre au plus. Les petits foyers tendent à combler leurs intervalles, l'anneau est complet et correspond approximativement, comme étendue, à l'orifice pupillaire, vu à un faible éclairage. Hyperhémie de l'iris. Hypopyon presque imperceptible. Six jours plus tard, le malade revient, son état s'étant aggravé, et le traitement continue à Reims. Une ulcération superficielle bien détergée, mais à bords déchiquetés, a remplacé au centre de la cornée les lésions ci-dessus décrites. Hypopyon plus abondant. L'hypopyon évacué ne se reproduit pas. L'ulcère cornéen s'arrête

sous l'influence d'une antisepsie rigoureuse ; mais la cicatrisation sera lente, même si aucune précaution n'est négligée.

### OBSERVATION IV

*Kératite infectieuse filiforme.*

L'abbé G..., 23 ans, professeur. Après quelques jours de malaise et d'indisposition dans un milieu influenzé, picotements dans l'œil gauche, larmoiement, sensation de corps étranger. Coryza. Le malade bande son œil et le mal s'aggrave. Se présente le 24 janvier. Kératite qui, partie du haut du limbe, descend verticalement, sous l'aspect d'une fine strie grise, un peu dentelée sur les bords et serpentante, qui dépasse en bas le centre de la cornée. Pas de ramifications, pas d'arborescences ; mais réaction vive et larmoiement comme dans toutes les kératites infectieuses des jeunes sujets. Rien de ces kératites en bandelettes, rapidement vascularisées et sans ramollissement épithélial, qui succèdent aux conjonctivites pustuleuses du limbe.

### OBSERVATION V

*Kératite infectieuse marginale.*

M. J. P..., 50 ans, charpentier. Violente atteinte d'influenza (diagnostiquée), au commencement du mois avec

forte diarrhée. A la fin de cette atteinte, vers le 15 janvier, l'œil gauche se prend (cause prédisposante, léger larmoiement de temps à autre à l'air libre, depuis nne variole contractée dans l'enfance). Se présente le 29 janvier. Kératite du limbe cornéen gauche sous forme d'un court bâtonnet grisjaunâtre, parallèle au bord cornéen, et situé à un demi-millimètre en deçà de ce bord, dans le limbe antérieur. Légère iritis secondaire. Quelques fines synéchies postérieures toutes récentes.

## OBSERVATION VI

*Kératite infectieuse superficielle.*

M[me] Ax..., 47 ans, atteinte d'influenza le dimanche 19 janvier, avec mal de gorge, céphalée et courbature. Quatre jours après, l'état général étant déjà meilleur, l'œil droit se prend. Le malade se présente le 21 janvier. Bandelette grisâtre, filiforme, un peu ondulée, avec des nœuds aux changements de direction. Pas de ramifications, ni d'arborescences ; mais sous tous les autres rapports, aspect des kératites linéaires serpigineuses. La malade n'a jamais souffert des yeux et n'a jamais eu de larmoiement.

## OBSERVATION VII

*Kératite serpigineuse arborescente.*

Joseph S..., 36 ans, tisseur. En se présentant le 1[er] février 1890, le malade dit : « J'ai été malade de l'influenza, il y a

quatre semaines, et quatre jours après étant couché, j'ai éprouvé dans l'œil gauche la sensation de grains de sable. » Kératite non sans analogie avec l'aspect des dessins microscopiques du Mildew de la vigne. Le mal sous-épithélial fournit dans la moitié nasale de la cornée deux fines branches grises en V oblique, ouvert en haut-dehors, que coupent presque à l'angle droit des rameaux beaucoup plus courts. Quelques petits foyers arrondis semblables aux nœuds des tiges de bambou sur le trajet des opacités filiformes. Entre les ramifications et dans leur propre voisinage, quelques petits foyers arrondis, qui ne donnent naissance à aucune émanation filiforme.

C'est aussi cette forme serpigineuse qui a été observée le plus souvent par le Dr Rampoldi à Pavie.

M. le Dr Galezowski a été frappé de la fréquence des kératites à forme herpétique. Il a trouvé quelques signes particuliers qu'il attribue à l'influenza et qu'il décrit en ces termes : « Dès le début du mal, l'œil devient larmoyant, sensible au jour. La photophobie est tellement prononcée que le patient ne peut ouvrir ni l'œil malade, ni l'œil sain. Cette photophobie dure trois ou quatre jours, puis elle est suivie d'un état diamétralement opposé d'une anesthésie complète. Le larmoiement continue, et il est accompagné d'une rougeur très intense de tout le globe oculaire. La cornée devient louche, trouble à la surface. En certains endroits, ce trouble est plus accentué, et si l'on examine cette partie de la cornée par l'éclairage latéral, on constate facilement qu'il existe une ulcération superficielle sous forme d'une zône triangulaire, s'étendant de la périphérie de la cornée jusqu'au centre. Cette zône est complètement *anesthésiée*, insensible au tou-

cher au point qu'on peut promener un stylet dans toute son étendue sans que le malade éprouve aucune sensation douloureuse.

« Mais à côté de l'ulcère anesthésié on constate facilement que les autres parties de la cornée accusent au contraire une sensibilité exagérée. L'ulcère anesthésié de la cornée constitue ainsi un caractère pathognomonique de l'influenza. Cette affection n'est pas grave en elle-même. L'ulcération ne gagne pas en profondeur, mais elle pourrait s'étendre à la surface, de telle sorte qu'à un moment donné, toute la cornée deviendrait trouble, ulcérée, anesthésiée, la sclérotique injectée... »

## OBSERVATION VIII

*(Tirée des registres de la clinique de M. le Dr Galezowski).*

M. D..., 37 ans, surveillant d'un château, a été atteint très fortement de l'épidémie d'influenza vers le commencement du mois de décembre dernier. Le 24 décembre, au moment où il se trouva guéri de sa grippe, il fut pris subitement d'une inflammation de l'œil gauche, avec un larmoiement très intense, une photophobie des plus prononcées. Le médecin qui le soigna lui prescrivit des collyres d'atropine et des lotions avec l'eau boriquée. Malheureusement ce traitement non seulement resta sans efficacité, mais fut suivi au contraire de douleurs névralgiques péri-orbitaires des plus violentes, venant par crises d'une à deux heures plusieurs fois par jour. Il vint me

consulter le 17 janvier dernier, et j'ai constaté chez lui une large ulcération superficielle commençant par un point presque imperceptible au centre de la cornée, et s'élargissant en forme de triangle jusqu'à sa périphérie. Un second ulcère pareil se trouvait développé en bas de la cornée, tandis que le précédent occupait une partie de la surface supéro-externe de cette même membrane. L'épithélium était détruit dans l'étendue de ces deux ulcères, mais la partie sous-jacente à la couche épithéliale paraissait presque complètement intacte. La pupille était dilatée avec l'atropine ; mais cette dilatation n'avait nullement diminué les souffrances du malade : tout au contraire, plus on lui instillait ces gouttes dans l'œil, plus ses souffrances augmentaient.

En examinant la sensibilité de la cornée, j'ai pu constater, avec la plus grande précision, se fait que j'avais déjà observé chez tous les malades, que toute la surface ulcérée de la cornée était complètement anesthésiée. On pouvait promener un stylet sur toute l'étendue de l'ulcère sans que le malade ressentit la moindre douleur. Tout autour de l'ulcère, au contraire, la cornée présentait une sensibilité exagérée.

La forme triangulaire de cette ulcération est tellement caractéristique que nous serions tenté de donner à la kératite de l'influenza le nom de *kératite triangulaire* pour la distinguer des autres kératites herpétiques connues. En résumé, l'œil tout entier se trouvait fortement injecté, la pupille dilatée et des ulcérations larges et superficielles recouvraient la cornée. Le malade éprouvait des douleurs névralgiques péri-orbitaires très intenses, qui se renouvelaient deux ou trois fois par jour, et que rien ne parvenait à calmer.

M. le Dr Badal de Bordeaux a observé deux formes de kératites : *kérato-conjonctivites éruptives* et *kératites ulcéreuses avec hypopyon.* Les premières commençaient toujours par des phlyctènes au centre ou à la périphérie. Elles étaient souvent accompagnées d'herpès des lèvres. Elles avaient ce caractère commun de causer des douleurs, du larmoiement et de la photophobie.

Les kératites ulcéreuses commençaient ordinairement par une infiltration profonde qui se transformait rapidement en ulcération. Les douleurs étaient passagères et péri-orbitaires. Pas de larmoiement, ni de photophobie.

Nous citerons comme exemples, une observation de chaque forme, prises parmi les quinze observations publiées par M. Badal.

## OBSERVATION IX

*Kératite phlycténulaire.*

Femme, 50 ans, grippe légère ; a été atteinte de l'œil droit dès le début, d'une inflammation vive, qui s'est amendée sous l'influence des lotions chaudes. Lorsque la malade vient à la Clinique, les symptômes aigus ont disparu, on voit sur la cornée quelques érosions qui ont succédé aux phlyctènes.

## OBSERVATION X

*Kératite à hypopyon.*

Homme de 46 ans, peintre en voitures. Dans la convalescence de sa grippe, est pris de kératite de l'œil droit ; huit jours après, vient consulter le Dr Badal, qui constate une kératite à hypopyon, avec quantité abondante depuis dans la chambre antérieure ; dépoli de la cornée à sa partie centrale, vision à peu près abolie. Le malade n'avait pas d'affection antérieure des voies lacrymales et n'a pas reçu de traumatisme.

Beaucoup d'autres ont observé encore d'autres formes, d'après chacun d'eux, spéciales à l'influenza : 1° *kératite ponctuée* du Dr Rosenzweig à Lemberg ; 2° kératite appelée *herpès cachectique de la cornée* d'Eversbusch ; 3° *kératite marginale* (phlycténulaire) de Hosch ; 4° *kératite avec ulcère en virgule* (?) d'Eversbuch ; 5° enfin, *kératite dendritiforme* ou « *keratitis dendritica* » des Drs Hirschberger et Bergmeister (Allemagne). Cette dernière kératite a été observée tout d'abord par Hansen Grut à Copenhague, décrite d'une façon complète par Horner à Zurich. Emmert l'a observée à des périodes plus avancées et lui avait donné le nom de « *keratitis dendritica exulcerans myotica* ». Il nous semble que les mêmes formes ont été décrites en France, il y a deux ans, sous le nom de « *kératite ramifiée infectieuse* » par le Dr Gillet de Grandmont.

Il nous est impossible de donner des observations détaillées

pour toutes ces formes, nous donnerons seulement le résumé de quelques-unes des plus caractéristiques.

Dans le numéro 4 du journal « *Münschener medicinische Wochenschrift* », Hirschberger nous donne trois observations de *kératitis dendritica* en rapport avec l'influenza, et qu'il dit n'avoir presque pas remarqué parmi ses malades en dehors de cette épidémie. Nous citerons la première de ces observations.

## OBSERVATION XI

*Keratitis dendritica.*

M[lle] N...., fillette de 9 ans, tombe malade le 3 janvier de l'influenza. Dès le 6 janvier, elle commence à se plaindre des yeux. Je la vois pour la première fois le 16 janvier, et je trouve après examen, une ulcération de la cornée à peu près au centre. Elle présente des bords déchiquetés, inclinés en pente douce jusqu'au fond. Elle se divise en deux branches ramifiées à leur tour. Le fond est à peine opalescent, et cela d'une manière diffuse, tandis qu'au niveau des encoches des bords, on trouve une bandelette d'infiltration grise semée çà et là de petits points blancs. Tout autour de cette ulcération, il y a une zône légèrement trouble, qui à la loupe se trouve être formée de petits points blancs. D'en haut et d'en bas, on voit s'avancer de petits vaisseaux qui traversent la cornée et se dirigent vers l'ulcération.

Pour le moment, il n'y a pas de douleurs ; il n'y en a pas eu auparavant. Légère photophobie, un peu de larmoiement et

de l'hyperhemie de la conjonctive. Il n'y a pas d'injection péricornéenne. La cornée est complètement insensible.

Les points caractéristiques de cette observation, ainsi que des deux autres, dont Hirschberger l'accompagne, sont : l'absence complète d'irritation, le manque de douleurs et une anesthésie complète de la cornée. L'auteur est sûr que ce sont là des complications directes de l'influenza, faisant suite à un trouble trophique des nerfs sensitifs de la cornée, ainsi qu'il en apparaît sous l'influence de plusieurs maladies infectieuses.

Dans le « *Centralblatt für Augenheilkunde* », le Dr Rosenzweig cite aussi deux cas de kératite qu'il appelle « *keratitis punctata* ».

OBSERVATION XII

*Kératite ponctuée.*

Le 29 janvier, une dame se présente chez moi pour ses yeux. Elle se plaint de douleurs vives de l'œil gauche, de photophobie, de larmoiement, qui, depuis deux jours sont devenus insupportables. A première vue, je reconnais une kératite, mais si différente des kératites ordinaires, que l'idée me vint tout de suite, que c'était la kératite ponctuée de Fuchs.

Elle avait eu l'influenza dix jours auparavant, avec une fièvre de 40°, et après avoir transpiré beaucoup, elle s'était senti mieux. Elle avait eu des douleurs dans les membres et dans les reins ; mais tout cela avait disparu, à l'exception des

doulenrs de tête. Elles avaient été même si fortes la nuit précédente qu'elles l'avaient forcée de s'adresser au médecin. Après une instillation de cocaïne, qu'on dut faire à cause de la photophobie, nous pûmes l'examiner. On trouva une sclérotique injectée. Dans le quart inférieur de la cornée, nous aperçûmes de petits points autour d'un point central plus grand et à contours plus irréguliers. Cette région de la cornée est opaque; la partie non attaquée est claire, l'iris peu changé de couleurs; la chambre antérieure normale, les milieux transparents indemnes. L'examen à l'ophthalmoscope est impossible à cause de la photophobie. Elle lit Jaeger 20 à un demi-mètre à peine. A trois mètres, elle reconnaît les doigts. Elle ne supporte pas de bandage, et l'atropine reste inefficace. On applique deux ventouses derrière les oreilles... les doulenrs de tête disparaissent; mais le larmoiement et la photophobie persistent, malgré la cocaïne et l'atropine. La pupille est dilatée. Il se passe trois semaines sans qu'on remarque de tendances à la guérison. La malade s'aperçoit que la vapeur des liquides chauds qu'elle prend lui fait du bien aux yeux; je lui prescris alors des douches de vapeur avec de l'acide borique. Après les dix premières minutes de ce traitement elle sent déjà du mieux, qui avec la diminution de la cocaïne et de l'atropine persiste, tandis qu'auparavant ces médicaments n'avaient pas de prise sur elle. Au bout de quatorze jours, la cornée s'éclaircit, et il ne reste que quelques petits points opaques.

La durée de l'affection a été de 38 jours. La malade a reçu quinze douches de vapeur.

Le Dr Denti de Milan a aussi recueilli trois observations de kératite chez des malades atteints d'influenza. En voici une :

OBSERVATION XIII

Un garçon de 3 ans, bien constitué, de bonne santé habituelle, est pris subitement au décours de l'influenza, d'une vaste ulcération de la cornée, avec hypopyon d'origine évidemment infectieuse. Je lui administre des instillations d'ésérine, des pulvérisations à l'iodoforme, avec bandage occlusif, et la guérison a été complète.

Si nous examinons attentivement toutes ces observations, nous voyons que dans quelques-uns il y a des antécédents morbides du côté de l'œil. Et comme nous l'avons dit plus haut, les yeux de ces personnes étaient par cela même un terrain moins résistant, et pouvaient devenir facilement la proie des microbes ambiants. Or, l'agent pathogène de l'influenza était le plus répandu à ce moment: aussi peut-on admettre que c'est lui qui a engendré ces différentes lésions. Dans les autres cas, nous ne voyons pas d'antécédents morbides; c'est qu'alors l'infection générale, frappant tout l'organisme, n'aurait pas épargné l'œil. A l'appui de ce dire, nous signalons les observations I et X dans lesquelles les couches profondes de la cornée sont atteintes, alors que l'épithélium extérieur reste intact. Ainsi se trouve démontrée la kératite par localisation de l'infection générale, dont nous avons parlé plus haut.

Quant aux symptômes cliniques de toutes ces formes de kératites, ils présentent à peu près les mêmes caractères, tant qu'ils reste dans les couches superficielles. Les malades se plaignent de douleurs, de photophobie et de larmoiement.

Dans le cas de phlyctène centrale avec injection péri-cornéenne considérable, on a même observé du blépharospasme. Les auteurs allemands prétendent avoir vu souvent ces kératites accompagnées d'ecchymoses considérables. Plus la lésion était superficielle et circonscrite, plus ces symptômes étaient intenses. En effet, nous savons par l'anatomie microscopique, que les couches superficielles de la cornée sont très riches en filets nerveux, et que la pression sur ces nerfs est d'autant plus forte que l'entassement des cellules embryonnaires est plus intime : ce qui arrive dans une infiltration circonscrite.

En fait de pronostic, ces symptômes à grand fracas étaient plutôt de bon augure, puisqu'ils accompagnaient toujours des lésions superficielles. Ces lésions souvent tenaces, guérissaient assez bien, et ne laissaient que des opacités insignifiantes.

Dans les infiltrations profondes, la cornée était toujours anesthésiée, et la douleur, la photophobie et le larmoiement étaient passagers, ou bien manquaient complètement. Le pronostic était d'autant plus grave que ces lésions étaient indolentes ; le malade était peu gêné et ne s'adressait à l'ophthalmologiste qu'avec une ulcération avancée. Ces formes étaient très lentes à guérir, et leur issue la plus heureuse était une large opacité de la cornée.

Le traitement de ces kératites infectieuses ne diffère pas notablement de la thérapeutique adoptée pour les kératites ordinaires : lavages à l'acide borique, applications continuelles de compresses, suppression radicale de tout appareil d'occlusion, instillation de collyres myotiques, à laquelle on substituait l'emploi très surveillé des midriatiques, en cas

d'iritis secondaire. On a employé aussi les cautérisations directes (azotate d'argent, galvano-cautère). La paracentèse de la chambre antérieure a été pratiquée très rarement. Quant au traitement général, il répondait aux indications, selon le sujet et selon la gravité de l'infection.

## CHAPITRE III

### IRITIS, IRIDO-CHOROIDITES, CHOROIDITES.

Le Dr Denti a constaté des manifestations fréquentes du côté de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde, et ces lésions n'étaient pas toujours bénignes. On a vu beaucoup d'autres lésions oculaires, conjonctives et kératites, accompagnées de douleurs iridiennes, sans que ces douleurs fussent en rapport avec la gravité du mal. Dans les cas rares, il est vrai, où l'iris a été frappé primitivement, ces iritis étaient précédés par des névralgies atroces à type vespéral.

Denti dit avoir enregistré cinq cas d'irido-choroïdite dans l'espace de quinze jours, chez des convalescents d'influenza. Ces lésions dégénéraient même en manifestations glaucomateuses avec pupille immobile et irrégulièrement dilatée. La tension intra-oculaire était augmentée.

Le professeur Rampoldi a aussi observé chez plusieurs de ses malades de l'hyperhémie de l'iris, due à une inflammation de voisinage, et dont le diagnostic se faisait par la décoloration de cette membrane. Sans parler des cas d'iritis signalés au cours des autres lésions oculaires, nous citerons quelques observations, où l'iris n'a pas toujours été atteint primitivement, mais d'une façon prépondérante.

## OBSERVATION XIV

*Recueillie à la clinique de M. Delacroix, légère poussée d'iritis primitive.*

Le 13 janvier 1890, se présente à nous Mme R..., 48 ans, sans profession. Elle a aux deux yeux une myopie de 5/10. Son acuité visuelle est intacte, l'aspect extérieur des yeux normal ; rien aux annexes ; a été prise il y a un mois d'influenza avec céphalée, courbature, maux de reins, dès les premiers jours de cuissons aux yeux, rougeur, troubles visuels et larmoiement. En peu de temps et sans traitement ces phénomènes s'amendèrent, sauf une asthénopie accommodative, qui devint dès lors très gênante.

L'examen dans la chambre noire nous donna vite l'explication de ce qui s'était passé en décembre dans les yeux de cette dame. Le fond des yeux était intact ; mais en y regardant de très près (loupe et éclairage oblique), on apercevait des deux côtés dans le champ pupillaire un pointillé extrêmement fin, un imperceptible dépôt manifestement récent au centre des cristalloïdes ; et de plus, en regardant des marges pupillaires, quelques-unes de ces très petites traces de pigment si caractéristiques que laissent, après leur rupture, les plus fines synéchies postérieures, lorsqu'elles ont peu duré. A l'œil gauche deux fines synéchies.

Ainsi Mme R... avait eu simultanément aux deux yeux, au cours de l'influenza, une légère atteinte d'iritis, presque aussitôt dissipée, mais dont les vestiges permettaient encore

un diagnostic rétrospectif irréfutable. Cette dame jusqu'alors n'avait jamais souffert des yeux. Son âge et quelques douleurs rhumatoïdes sans importance sont les seuls éléments de prédisposition qu'on puisse relever chez elle.

Parmi les quatre observations d'irido-choroïdites de M. Badal, nous en choisissons une où le sujet était indemne auparavant de toute tare oculaire.

## OBSERVATION XV

*Iritis aigu.*

Homme de 63 ans, n'a pas eu de rhumatisme, ni de syphilis; pas de blennorrhagie. Dans le cours de la grippe a été pris d'iritis aigu, qui un mois après était passée à l'état chronique, et se caractérisait par une déformation pupillaire due à l'existence de synéchies annulaires, par une décoloration de l'iris, par un trouble accentué de la vision. Il a fallu faire une iridectomie, le 24 février.

A l'ordre du jour du congrès d'ophthalmologie à Berlin, nous voyons que le professeur Laqueur, de Strasbourg, se propose de communique un cas d'irido-cyclite embolique des deux côtés, après l'influenza.

Ces quelques cas nous prouvent suffisamment que l'iris peut être atteint d'une manière particulière par cette infection. Nous mentionnerons encore un cas d' « iritis consécutif à l'influenza » tiré des livres de la clinique de M. le professeur Panas, un cas de « choroïdite typique suppurée » du Dr Evers-busch, et enfin un cas d'« irido-choroïdite métastatique » du Dr Hosch de Bâle.

Comme variété anatomique ces lésions ne présentaient rien de particulier. L'iris était décoloré, la pupille déformée très souvent par des synéchies annulaires, et comme conséquence, tous les troubles habituels de la vision. On les traitait par des mydriatiques : l'iridectomie a même dû être pratiquée quelquefois.

## CHAPITRE IV

### CORPS VITRÉ.

Nous n'avons pas trouvé dans la littératnre d'affection primitive du corps vitré.

Il ne contient ni cellules fixes, ni vaisseaux propres: cette constitution anatomique nous fait concevoir que cet organe n'ait pas pu être le siége de lésions indépendantes. Citons seulement un cas d'hyalite, publié par Eversbusch.

### OBSERVATION XVI

Un militaire ayant eu l'influenza, remarqua pendant la période de convalescence, que sa force visuelle commençait à diminuer, sans autres troubles extérieurs du côté de l'œil. A l'ophthalmoscope, nous trouvâmes dans le corps vitré des opacités en forme de points et de filaments, dont le siége nous indiqua aussi la présence d'altérations dans le corps ciliaire.

Pour expliquer cet état de choses, Eversbusch admet qu'il s'était produit une hémorrhagie d'une petite branche d'un vaisseau ciliaire, puisqu'on ne trouva pas de signe d'inflammation du côté du corps ciliaire.

## CHAPITRE V

### GLAUCOME.

En étudiant les lésions du système nerveux, nous émettrons l'hypothèse qu'elles peuvent être attribués à des troubles vasomoteurs : de là à supposer que ces troubles puissent être assez intenses pour conduire au glaucome, il n'y a qu'un pas. Aussi devait-on s'attendre à rencontrer cette dernière manifestation pendant cette épidémie : c'est ce qui est arrivé.

M. le professeur Rampoldi à Pavi (*Annali d'Ottalmologia*, anno XIX, fascicule 6) a vu chez ses malades la tension oculaire augmentée sans autres troubles du côté de cet organe. Il a vu aussi dans un très court espace de temps, 7 cas de glaucome survenir chez des malades convalescents d'influenza. Un cas surtout l'a frappé.

### OBSERVATION XVII

C'était un femme de 44 ans, qui depuis de longues années portait un petit leucome adhérent sans en être autrement gênée. Après l'influenza elle fut prise d'un glaucome aigu de ce côté et perdit l'œil rapidement.

Le professeur Gradenigo (*Bulletino d'oculistica*, 1er marzo

1890) nous cite également deux cas de glaucome aigu survenus, l'un chez un malade avec leucome, l'autre chez un sujet sans antécédents morbides. Mentionnons encore deux cas d'Evershuch et un cas de Badal, tous chez des sujets sans antécédents morbides.

## CHAPITRE VI

### AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Pendant cette dernière épidémie, on a noté des lésions du côté du nerf de sensibilité spéciale, nerf optique ; du côté des nerfs sensitifs et du côté des nerfs moteurs.

#### 1. *Papillites et neuro-rétinites.*

On a observé tous les degrés de trouble de la vision par lésion du nerf optique, depuis l'amaurose passagère, jusqu'à l'amblyopie et la cécité complète.

Nous commencerons par les cas les plus légers.

#### OBSERVATION XVIII

*Dr Landsberg à Görlitz, Centralblatt für Augen heilkunde, loc. cit.*

M. W...., 30 ans, ouvrier, de très bonne santé, a toujours joui d'une excellente vue, est devenu aveugle de l'œil gauche, depuis son influenza. Les picotements et les scintillements dans l'œil avaient commencé le quatorzième jour de la maladie, avec douleurs dans tout le côté gauche du corps ; le quinzième, il ne voyait déjà plus rien. Au moment où le malade

se présenta les douleurs de la tête et des yeux avaient diminué sans disparaître complètement. Les pupilles réagissaient bien, le malade comptait les doigts à un mètre de distance avec + 4. Il lisait à peine quelques lettres de Jaeger ; il reconnaissait mal les couleurs complémentaires. Le champ visuel était rétréci, l'examen ophthalmocospique négatif. H= (de a-B) = 1 ; O. D. = 1 E J. 1 v 5-15).

L'état général n'a pas souffert, il a bonne mine, et se plaint seulement de scintillements devant les yeux, de sensibilité à la lumière et de douleurs sourdes dans la tête du côté gauche. Il entre à la Clinique le 12 mars ; on lui fait une saignée à gauche. Le 14 mars, il n'y a pas encore de changement dans son état, sauf que les douleurs ont disparu. On lui fait deux injections de pilocarpine, et le 16 mars, il commence à compter les doigts à deux mètres avec + 4, et il lit certains mots de Jaeger 14. Son champ visuel est de 20°, 20°, 30°, 25°, 40°, 40°, 40°, 35°, 25°, 20°, d'après le schéma de Hirschberg.

Le 17. — Il voit mieux avec un verre cylindrique + 3. A. $s = \frac{1}{10}$, J, 10, mais difficilement.

Le 18, après l'emploi de 0,02 centigrammes de pilocarpine, il lit sans aucun verre, même sans verre convexe J, 5-4, couramment.

Le 19. — $S = \frac{15}{30}$ ; il aperçoit les couleurs normalement. Champ visuel ; 60°, 60°, 50°, 45°, 55°, 60°, 70°, 75°, 85°, 75°, 65°, 55°.

Le 22 mars.— $Si = \frac{18}{20}$; Jaeger 2, sans verre, à 6-15 ».

Exéat.

Le même auteur cite encore un cas plus intense de parésie du nerf optique, dans lequel le malade avait un scotome central ; d'où il conclut que la lésion siégeait dans les fibres du centre. Dans les deux cas, il s'agirait d'un processus rétro-bullaire.

Un cas à peu près semblable a été observé par M. Badal.

Le Dr Denti (*loc. cit.*) a observé trois cas d'amblyopie avec altérations anatomiques. Nous citerons le plus concluant.

## OBSERVATION XIX

M. H..., 37 ans, très bien constitué, se portant toujours bien, gardien de prison, remarque qu'il commence à voir mal de l'œil droit, le troisième jour de l'influenza. Il finit par ne plus voir de cet œil. Guéri des symptômes les plus graves de l'influenza, il vient me voir à la clinique. Je constate un scotome central, un peu plus complet dans la direction verticale. Intégrité absolue du champ visuel périphérique, intact aussi pour les couleurs. C'est tout ce que je puis voir à la première visite. Je revois mon malade une dizaine de jours après, je trouve de nouveau le scotome dans le même état. J'arrive à entrevoir la papille, et je la trouve veloutée et tuméfiée dans sa partie centrale. Les veines centrales sont plus turgides que du côté sain. Me basant sur le rapport des fonctions abolies et des altérations anatomiques, je suspecte une *névrite rétro-bulbaire* avec tendance à se propager à la papille.

A la troisième visite, ces phénomènes de papillite se voient à l'ophthalmoscope d'une manière encore plus évidente ; ce qui vient confirmer notre diagnostic.

M. Bergmeister a lu à la Société des médecins de Vienne, deux observations d'atrophie complète du nerf optique consécutive à l'influenza. Voici l'une d'elles.

## OBSERVATION XX

M. X..., 38 ans, vient me consulter le 3 février pour ses yeux. Il est bien constitué. Il a toujours joui d'une très bonne vue. Il y a quatre semaines, il a eu l'influenza, et dans la période de convalescence, il a remarqué que sa vue s'affaiblissait. A l'examen extérieur, l'œil paraît normal. Il compte mal les droits avec l'œil droit. Avec l'œil gauche, il compte les doigts à 1—2.

Le champ visuel est incertain ; mais non rétréci. A l'examen ophthalmoscopique, nous trouvons une atrophie du nerf optique avec une papille blanche, opaque, *lamina cribrosa* voilée, vaisseaux rétrécis avec épaississement des parois.

Dans la seconde observation, l'auteur trouve aussi la pupille pâle, verdâtre, et les artères rétrécies plus que du côté sain.......

L'auteur conclut que dans ces deux cas, il s'agissait d'une *amblyopie post-influenzale*, consécutive à une atrophie de la pupille du nerf optique. Le début aurait été une périnévrite rétro-bulbaire.

Enfin nous donnerons une observation communiquée par M. le Dr Vignes à la Société d'ophtalmologie, nous avons pu

nous-même suivre la marche de l'affection chez cette malade.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, M^rs Galezowski, Valude Parinaud, ont cité des faits semblables venant à l'appui.

### OBSERVATION XXI

M^me Marie E..., ménagère, 27 ans, se présente à notre consultation le 20 janvier de cette année, se plaignant de ne plus voir de l'œil gauche, alors qu'elle a toujours joui d'une bonne vision binoculaire. C'est une femme sans antécédents morbides acquis ou héréditaires. Elle est mère d'un enfant de 10 mois se portant bien, qu'elle allaite elle-même. Il y a deux semaines, elle a été prise d'influenza, et le troisième jour de cette maladie, elle s'aperçut tout à coup que de son œil gauche elle voyait seulement la partie inférieure des objets. Le lendemain cécité totale ; elle ne distingue plus le jour de la nuit et elle se décide à venir consulter. Nous constatons :

O. D. V = 0, 7. Astigmatisme. L'aspect du fond de l'œil normal.

O. G. V = 0, 7. Astigmatisme. La pupille, si l'on cache l'œil droit, reste moyennement dilatée. Elle ne réagit pas dans ces conditions à la lumière ; réaction à la convergence conservée.

L'examen ophthalmoscopique montre une papille fortement œdématiée, proéminente, à contours diffus. Au sommet pupillaire on voit les vaisseaux apparaître et disparaître sur

les bords de la saillie que forme le nerf optique, pour réapparaître aux limites de la membrane rétinienne, artères filiformes, veines grosses et tortueuses, pas de ponts artériel, ni veineux ; des plaques d'œdème en connexion avec les vaisseaux qu'elles recouvrent en partie, accompagnent ceux-ci dans une petite étendue, en dehors des limites papillaires, principalement en haut et en bas.

Le 31 janvier. — L'aspect de la pupille commence à devenir plus satisfaisant.

Le 7 février. — La malade perçoit les mouvements de la main qu'on agite devant son nez.

Le 12 février. — Elle compte les doigts à 0,30 centimètres. Les bords de la papille restent encore légèrement confus, l'œdème a considérablement diminué. La partie externe de la papille est légèrement blanchâtre, les veines moins gorgées de sang et moins tortueuses.

Le 19 février. — $V = 0,02$.

Le 6 mars. — $V = 0,04$. Le champ visuel, pris à cette époque, normal à droite, est uniformément rétréci à gauche.

Le 28 juin. — $V = 0,04$. A l'ophthalmoscope, la papille blanche, décolorée, contraste vivement avec celle de l'autre côté, et offre tout à fait l'aspect de l'atrophie consécutive à la papille étranglée.

En comparant ces observations nous voyons que l'examen ophthalmoscopique donnait des résultats différents presque pour chacun de ces cas, négatifs même quelquefois. Mais nous trouvons chez tous ces malades le signe pathognomonique de la lésion du nerf optique : la cécité à divers degrés. Il n'y a rien d'étonnant à ce que nous ne trouvions pas toujours de signes positifs de la papillite à l'ophthalmoscope. Le

siége de la lésion peut être très éloigné et inaccessible. Les troubles caractéristiques de la vision suffisent pour porter le diagnostic. Ce qu'il y a de particulier dans ces affections attribuées à l'influenza, c'est qu'elles arrivent très brusquement, et disparaissent totalement ou en partie, même sans traitement.

A quoi doit-on les attribuer ? Sont-elles d'ordre inflammatoire comme Bergmeister est disposé à le croire ? Est-ce un trouble des vaso-moteurs ? Cette dernière hypothèse nous paraîtrait plus apte à expliquer les symptômes.

2° *Névralgies.*

Nous avons déjà parlé des troubles des nerfs sensitifs en étudiant les conjonctivites. En effet, ces dernières ont été très souvent accompagnées de névralgies ; mais nous les avons vues accompagner d'autres lésions oculaires, ou même complétement isolées, alors que les autres parties de l'œil étaient restées intactes.

3° *Parésies et paralysies.*

Les auteurs sont unanimes à dire que ces troubles ont été observés très souvent pendant cette dernière épidémie.

Les ophtalmologistes revoient encore des personnes qui portent des lunettes qu'on leur avait données pendant l'influenza pour une *parésie accommodative* survenue brusquement. Ainsi le Dr Landsberg (*loc. cit.*), cite deux de ces cas, un malade de 32 ans, emmétrope, et l'autre de 57, myope. Tous les deux ont été obligés de porter des lunettes convexes

ordonnées pendant l'influenza. Chez d'autres qui portaient déjà des lunettes avant l'influenza, on a dû renforcer les verres correcteurs, par suite d'une parésie de l'accommodation.

Le professeur Rampoldi nous cite deux cas de parésie de l'accommodation et un cas de paralysie complète du droit externe gauche.

Le Dr Wicherkiewiez nous parle d'une malade qui après l'influenza avait de fortes névralgies et des troubles de la vision, attribués à la parésie de l'accommodation.

L'observation suivante du même auteur présente un réel intérêt, à cause de l'âge du sujet.

## OBSERVATION XXII

Un garçon de 12 ans, très bien constitué se présente le 10 février, parce qu'il voit très mal de près depuis quelques jours. Il y a trois semaines, il a eu l'influenza avec une forte fièvre. Nous trouvons $H = 0,05\ v\frac{d}{g} = \frac{6}{8}$ ; lit Jæger 6 à 0,60 centimètres, et avec + 3 J. 1.

## OBSERVATION XXIII

Bergmeister nous parle aussi d'une femme de 35 ans, qui après l'influenza s'aperçoit que sa vue s'affaiblit. A l'exté-

rieur tout est normal, les pupilles réagissent bien, l'acuité visuelle à droite et à gauche égale $\frac{1}{2}$ H = 10 D ; avec + 10 $= v \frac{1}{1}$. Elle ne peut pas lire à l'œil nu ; avec + 20, elle lit le n° 4 J. à 18-20 ; avec + 25, J. 1. à 10-12. La perception des couleurs et le champ visuel sont normaux. Diagnostic : parésie de l'accommodation.

D'après l'auteur ces cas auraient été très fréquents.

Voici encore des observations recueillies à Paris dans la clientèle de MM. Landolt et Vignes, et que ces docteurs ont eu l'obligeance de nous communiquer.

## OBSERVATION XXIV

Mme X..., 35 ans, se portant bien ordinairement. Elle accuse un affaiblissement de la vue depuis quelle a eu l'influenza. A l'examen, on trouve à gauche et à droite une hypermétropie de 0,5, $V = \frac{1}{1}$, avec diminution sensible de l'amplitude d'accommodation.

## OBSERVATION XXV

Le Dr L.... s'aperçoit qu'après la défervescence de l'influenza il commence à lire très difficilement. Il se regarde dans la glace, et remarque une inégalité pupillaire considé-

rable. La pupille gauche avait un diamètre double de la pupille droite. Il se fait des instillations à l'ésérine pendant trois semaines sans changement notable. Alors, il cesse tout traitement. Actuellement ses deux pupilles sont à peu près de même dimension ; mais il ressent encore des troubles de l'accommodation.

M. Valude a vu un cas d'influenza avec paralysie complète du droit externe, et diplopie dans le regard à droite.

MM. Badal, Gorecki, van den Bergh et d'autres ont observé des cas nombreux de parésies et de paralysies musculaires que nous ne croyons pas nécessaire de donner en détail. Nous croyons avoir suffisamment démontré que cette partie de l'œil comme les autres est susceptible d'être touchée par cette infection.

## CHAPITRE VII

### TÉNONITES.

La capsule de Tenon elle-même, qui est si rarement atteinte en temps ordinaire, ne fait pas exception à la loi générale. Le professeur Fuchs de Vienne en a décrit trois cas fort intéressants.

### OBSERVATION XXVI

M. J. J..., 46 ans, ouvrier dans une fabrique, avait eu l'influenza à la fin de janvier, comme tous ses camarades. Forte courbature, maux de tête, douleurs dans les membres, dans les reins et le bas-ventre, c'était bien l'influenza. Il avait gardé le lit pendant six jours. Le quatrième jour il avait déjà remarqué un gonflement des paupières à droite, qui avait débuté par la supérieure. Au commencement, il pouvait encore écarter les paupières avec les doigts et se convaincre que l'œil était indemne; mais ensuite le gonflement devint si considérable que l'œil resta fermé pendant huit jours. Il s'ouvrit seulement, lorsqu'une assez grande quantité de pus se fut frayé un passage par la fente palpébrale. Le gonflement diminua, mais l'œil ne voyait plus.

Le 20 février, à son entrée à la clinique, les paupières

étaient encore gonflées, l'œil comme chassé de l'orbite, en bas et en dedans. La motilité du globe était diminuée surtout à l'extérieur. L'aspect de la conjonctive bulbaire était très caractéristique, elle était très injectée, très œdématiée et épaissie. En haut et en dehors de la cornée, on remarquait une perte de snbstance de la dimension et de la forme d'nn baricot, dont le fond était formé par la sclérotique recouverte de pus.

Il y avait une perte de substance analogue de la grandeur d'une tête d'épingle dans la partie inférienre de la conjonctive, et cette ouverture correspondait au bord antérieur de la capsule de Tenon. Par ces deux ouvertures, il s'écoulait toujours un peu de pus. On pouvait pénétrer avec un stylet fin dans les tissus altérés dans la direction de l'espace de Tenon assez profondément. Par conséquent il s'était formé dans cet espace une certaine quantité de pus, qui avait occasionné une rupture de la capsule de Tenon à son bord antérieur. Comme suite de ces lésions, il s'était déclaré une suppuration du bulbe : sur le plancher de la chambre antérieure s'était formé un hypopyon ; la pupille était rétrécie et fixée à la capsule par une couronne de synéchies ; et au fond, on voyait du pus dans le corps vitré. La tension était diminuée, la perception lumineuse abolie. L'état n'a pas changé ; mais depuis le malade a eu une pneumonie.

L'examen du pus qui s'écoulait a démontré la présence d'un micro-organisme ressemblant au pneumocoque de Fraenkel-Weichselbaum.

M. le Dr Paltant a eu la bonté de faire des cultures de ce pus, et il a obtenu des cultures pures de ce coccus. Il l'a ensuite inoculé à des souris, qui sont mortes en quelques

jours d'une septicémie caractéristique pour ce genre de pneumocoques. Les ensemencements faits avec ces cadavres donnaient de nouveau des cultures pures.

D'après l'auteur, ce cas de ténonite a été occasionné sans aucun doute par l'influenza. . . . . . . . . . . Dans les trois autres cas, on n'a pas pu indiquer d'une façon certaine le siége de la lésion, puisqu'il n'y a en ni suppuration, ni perforation. Mais l'auteur est conduit à supposer que la capsule de Tenon était en cause, parce que pour un exophthalmos peu prononcé, il y avait un œdème considérable (ce qui prouve que l'inflammation était près de la conjonctive), et une mobilité très diminuée. Il est clair qu'il y avait un exsudat dans l'espace de Tenon, qui gênait la contraction des muscles, bien plus qu'une exsudation même considérable dans le tissu cellulaire de l'orbite. Enfin l'inflammation ne se propageait pas au nerf optique, ce qui serait certainement arrivé dans le cas d'exsudation considérable dans le tissu cellulaire de l'orbite. . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Pour l'auteur, le rapport de ces ténonites avec l'influenza est très évident, étant donné l'absence d'antécédents oculaires chez ses malades.

En tout cas, le seul fait d'avoir observé quatre cas de ténonites dans l'espace de quatorze jours est déjà fort éloquent, surtout si l'on veut bien considérer que le professeur Fuchs n'en avait vu qu'un seul cas dans sa longue carrière si bien remplie.

## CHAPITRE VIII

### ABCÈS DES PAUPIÈRES.

Beaucoup d'abcès des paupières ont été traités dans les cliniques chirurgicales, sans qu'on ait songé à établir un rapport entre ces abcès et l'influenza dont ces malades venaient d'être atteints. Ce n'est que plus tard que l'on a rattaché ces abcès à leur origine véritable, et qu'on les a signalés de toutes parts. On a vu très souvent aussi des abcès des sinus frontaux. Ainsi, à la clinique de M. le professeur Panas, on ne se rappelle pas avoir jamais vu autant d'abcès des sinus que depuis l'influenza. Ils étaient souvent d'un seul côté, et dans les antécédents des malades, on ne trouvait aucune autre cause d'infection. Ils survenaient ordinairement dans la période de convalescence, étaient accompagnés de fortes douleurs péri-orbitaires et d'œdème sous-cutané.

Quant aux abcès des paupières, ils ont été souvent signalés; mais rarement décrits avec détail. Ainsi Wicherkievicz les a souvent observés, surtout dans les formes nerveuses de l'influenza. Il les a vus souvent constituer toutes les manifestations oculaires de la maladie; ou bien se montrer en même temps que des ulcères, des iritis, etc... Il a vu un abcès du volume d'un œuf de poule à la paupière supérieure, survenu sans traumatisme chez une malade qui venait d'a-

voir l'influenza. L'ouverture antiseptique fut suivie d'une prompte guérison.

L'observation suivante que nous avons pu prendre nous-mêmes nous a paru démonstrative et mérite d'être exposée avec détail.

## OBSERVATION XXVII

Auguste M..., 20 ans, tailleur, entre à la Charité le 2 avril 1890, avec un abcès de la paupière supérieure gauche. Constitution bonne ; pas de maladie antérieure, si ce n'est l'influenza. Pas de traumatisme récent. L'affection a débuté, il y a cinq jours, par une induration circonscrite. A son arrivée, l'abcès diagnostiqué par le chef de service, est gros comme un œuf de pigeon. La peau est rouge et tendue.

L'incision est remise au lendemain. En attendant, l'interne du service fait mettre des compresses imbibées de la solution de biiodure. Le lendemain, on est tout étonné de trouver l'abcès diminué de volume : on continue le même traitement, et le 14 avril le malade sort guéri.

Quelle ne fut pas notre surprise de retrouver ce même malade au commencement de mai à l'hôpital Necker, pour un abcès du côté opposé. Mais cette fois, l'abcès avait pris des dimensions plus considérables, avait présenté tous les symptômes des abcès chauds, et avait dû être incisé. Le malade sortit guéri au bout de huit jours.

Un dernier appareil nous reste à étudier, l'appareil lacrymal. Ce n'est pas qu'il ait échappé à la maladie, ni à l'attention des observateurs. Beaucoup d'entre eux ont signalé

la fréquence des dacryo-cystites, qui étaient toujours unilatérales et très bénignes. Elles cédaient ordinairement à l'emploi des lavages au sublimé. Ces lésions ne presentant rien de spécial les auteurs n'ont pas cru devoir les décrire plus longuement.

## CONCLUSIONS

De ce qui précède nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Toutes les parties de l'œil ont été frappées par la maladie.

2° L'appareil d'innervation a été plns souvent atteint (nerfs de sensibilité spéciale et générale, et nerfs moteurs).

3° Ces complications ocnlaires bénignes au commencement comme l'épidémie elle-même n'ont pas tardé à revêtir un certain caractère de gravité.

4° La démonstration de la nature microbienne de l'influenza n'a pas été faite par la voie ophthalmologique, pas plus que par la voie des recherches de la pathologie générale.

La partie la plus souvent atteinte a été l'appareil d'innervation (nerfs de sensibilité spéciale et générale, nerfs moteurs).

Mais la preuve est faite que toutes les parties de l'œil ont été frappées par la maladie.

5° Mais toutes les recherches faites ne sont pas restées infructueuses : elles ont montré quelques particularités de cette épidémie et nous ont indiqué la voie à suivre dans les recherches ultérieures.

---

Vu par le président de la thèse,
PANAS

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

# BIBLIOGRAPHIE

**Badal.** — Archives d'ophthalmologie, fascicule 6.
**Baenziger.** — Centralblatt für Schweizer-aerzte.
**Bergmeister.** — Ueber die Beziehungen der influenza zum Schorgan.
**Bertillon.** — Statistique municipale, décembre 1889, janvier 1890.
**Berry.** — Desease of the eye.
**Bezly-Thorne.** — The Lancet du 4 janvier 1890.
**Bouchard.** — Semaine médicale du 18 décembre. Compte rendu de la séance de l'Académie de médecine.
**Delacroix.** — Complications oculaires de l'influenza.
**Denti.** — Annali d, Ottalmologia, anno XIX. Fasc. 1.
— Dictionnaire en trente volumes. Article Grippe.
**Eversbusch.** — Münschener medicinishe Wochenschrift, mars 1890.
**Fraser.** — The Lancet du 22 février.
**Fuchs.** — Tenonitis nach influenza. Wien, 1890.
**Galezowski.** — Recueil d'ophthalmologie de février 1890.
**Gerhardt.** — Traité des maladies des enfants.
**Gradenigo.** — Bulletino d'oculistica, 1er marzo 1890.
**Hirsch.** — Handbuch für Geographische und historische pathologie.
**Hirschberger.** — Münchener medicinische Wochenschrift, n° 64, 1890.
**Hosch.** — Centralblatt für Schweizer-aerzte, 1890.

**Jaccoud** (S). — De la Grippe. Gazette des Hôpitaux, 4 février 1890.
**Krönlein.** — Centralblatt für Schweizer-Aerzte.
**Landsberg.** — Wiener. Centralblatt für Augenheilkunde, 1890.
**Leube.** — Münchener medicinische Wochenschrift, n° 3, 1890.
**Ménétrier.** — Grippe et pneumonie, thèse 1887, Paris.
**Panas.** — Kératites.
**Rampoldi.** — Annali d'ottalmologia, anno XIX, fas. 6. Pavie, 1890.
**Rosenzweig.** — Wiener centralblatt für Augenheilkunde. Mai 1890.
**Sisley.** — The Lancet du 4 janvier 1890.
**De Wecker et Landolt.** — Traité complet d'ophthalmologie, Paris, 1818.
**Wicherkieviez.** — Ueber die in verlaufe der influenza auftretender Augenkranheiten. Posen 1890.
**Wipham.** — The Lancet du 22 février 1890.

Imprimerie de l'Ouest, A. NÉZAN, Mayenne.